

AGENCY WITH CHOICE: REPRESENTANTE INDIVIDUAL

Nombre del miembro (En letra de molde o teclado): _____

AHCCCS ID #: _____ Fecha: _____ Próxima fecha de repaso (Opcional): _____

Al firmar a continuación, entiendo que:

- Un Representante Individual significa un padre, miembro de familia, tutor, defensor, u otra persona designada por el miembro para servir como un representante en relación con la prestación de servicios y apoyos
- Un tutor legal asume automáticamente el papel de un Representante Individual
- Se le prohíbe al Representante Individual (el cual incluye al tutor legal) de servir como un cuidador remunerado para el miembro que elige la Agency with Choice (Agencia con Opción), opción del servicio dirigido por el miembro
- El Representante Individual es designado para desempeñar las siguientes responsabilidades relacionadas a la Agency with Choice (Agencia con Opción), opción del servicio dirigido por el miembro en nombre del miembro:
 - **Elegir** la Agency with Choice (Agencia con Opción), opción del servicio dirigido por el miembro
 - **Entrar** en un acuerdo de colaboración laboral con la agencia del proveedor de la Agency with Choice (Agencia con Opción)
 - **Dirigir** la prestación del cuidado, como se indica en el Acuerdo de Colaboración (DDD-1659A)
 - **Participar** en el proceso de planificación de servicio que incluye firmar el Plan de Servicio (DDD-1500A)
- El miembro participa, en la máxima medida posible, en el nombramiento del Representante Individual, que incluye los cambios en esa cita, según sea necesario
- El Representante Individual actuará en el mejor interés del miembro y es capaz de desempeñar las responsabilidades asignadas

Tenga en cuenta que el término "Representante Individual" no tiene el mismo significado que el término "Representante Autorizado". Un Representante Autorizado le ayuda a los miembros del ALTCS con los procesos y las decisiones relacionadas a la elegibilidad, no a la planificación de servicio.

REPRESENTANTE INDIVIDUAL DE LA AGENCY WITH CHOICE:

Cualquier nombramiento anterior de un Representante Individual se revoca en la fecha de vigencia de este nombramiento.

Nombre del Representante Individual (En letra de molde o teclado)_____
Parentesco al miembro_____
Domicilio (No., calle, ciudad, estado, código postal)_____
Número de Teléfono_____
Dirección de correo electrónico**Firmas:**_____
Firma del Miembro_____
Fecha_____
Firma del Representante Individual_____
Fecha_____
Firma del Coordinador de Apoyo_____
Fecha

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office